

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tujuan utama pembangunan nasional adalah meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) secara berkelanjutan melalui pembangunan SDM sebagai investasi bagi pertumbuhan ekonomi dan menurunkan tingkat kemiskinan (Atmawikarta, 2006). Misi pembangunan nasional bidang SDM salah satunya adalah mewujudkan daya saing bangsa, antara lain dengan membangun SDM berkualitas (Atmawikarta, 2006; Sudiman dan Ranuwidjojo, 2006). Arah dalam membangun SDM yang berkualitas salah satunya adalah dengan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Atmawikarta, 2006). Salah satu indikator yang digunakan untuk menilai derajat kesehatan masyarakat suatu negara adalah melalui penilaian terhadap derajat kesehatan ibu dan anak di negara tersebut, yaitu melalui pemantauan kesehatan ibu dan anak (Suhariadi, 2005).

Menurut Atmawikarta (2006), sasaran kesehatan dalam pembangunan SDM ini adalah menurunnya Angka Kematian Bayi (AKB) dari 35 menjadi 25 per 1000 kelahiran hidup dan menurunnya Angka Kematian Ibu (AKI) dari 307 menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup. Menurut target *Millenium Development Goals* sampai dengan tahun 2015 adalah mengurangi angka kematian bayi dan balita sebesar dua per tiga dari tahun 1990 yaitu sebesar 20 per 1000 kelahiran hidup (Sistiarani, 2008). Menurut SDKI 2002-2003, 57% angka kematian bayi terjadi pada umur di bawah satu bulan yang antara lain disebabkan gangguan perinatal dan bayi dengan berat badan lahir rendah. Proporsi bayi berat lahir rendah dalam skala nasional adalah sebesar 7,3 pada tahun 1986-1991, sejumlah 7,1 pada tahun 1989-1994, dan pada tahun 1992-1997 sebesar 7,7 (SDKI dalam Atmarita, 2005). Bayi berat lahir rendah dibedakan dalam dua kategori, yaitu bayi berat lahir rendah karena prematur (usia kandungan < 37 minggu) atau bayi berat lahir rendah karena *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR), yaitu bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat

badannya kurang (Ahmad *et al*, 2007). Angka bayi berat lahir rendah di negara berkembang empat kali lebih besar dibandingkan negara maju dan meningkat 6,6 kali pada kasus bayi berat lahir rendah yang dilahirkan cukup bulan (IUGR) (Setyowati *et al*, 1996). Menurut Behrman *et al* (1999), di negara- negara berkembang, sekitar 70% bayi berat lahir rendah adalah IUGR atau kecil untuk masa kehamilan. Bayi yang tergolong IUGR mempunyai morbiditas dan mortalitas lebih besar daripada bayi dengan pertumbuhan umur yang tepat (Behrman *et al*, 1999). Selain itu, IUGR dapat berakibat jangka panjang terhadap tumbuh kembang anak di masa depan, pertumbuhan lambat, dan intelektual yang lebih rendah dari bayi yang beratnya normal, serta dapat mengalami gangguan mental dan fisik pada usia tumbuh kembang selanjutnya sehingga membutuhkan biaya perawatan yang tinggi (Sistiarani, 2008).

Kejadian pertumbuhan janin terhambat (IUGR) bervariasi antara 3-10% tergantung pada populasi, geografi, dan definisi yang digunakan. Sekitar dua per tiga kejadian IUGR berasal dari kelompok kehamilan berisiko tinggi, salah satunya adalah preeklampsia (Rompas, 2008). Preeklampsia merupakan penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan (Prawirohardjo, 2007). Berdasarkan data statistik di beberapa negara maju menunjukkan bahwa 10%-30% dari kematian ibu disebabkan oleh preeklampsia yang juga sebagai penyebab utama morbiditas dan mortalitas perinatal (Dina, 2002). Pada tahun 2005, penyebab AKI terbesar di Indonesia adalah preeklampsia dan eklampsia dengan CFR (*Case Fatality Rate*) sebesar 2,35% sedangkan persentase kasusnya adalah 4, 91% dari keseluruhan kasus obstetri (Ahmad *et al*, 2007). Pada penelitian yang dilakukan oleh Heriyono dan Dasuki di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 1995 ditemukan 128 preeklampsia ringan, 225 preeklampsia berat, dan 63 eklampsia. Dari kasus tersebut ditemukan 72 kasus kematian perinatal dan 62 kasus kematian maternal. Menurut Dinas Kesehatan Surakarta, berdasarkan persalinan dengan komplikasi pada tahun 2006, insidensi preeklampsia sebesar 13,42% (Ryadi, 2008). Di RSUD Dr. Moewardi selama periode 1 Januari sampai 31 Desember 2001 terdapat 162 kasus preeklampsia berat dan

eklampsia dengan insidensi 4,4% dari seluruh persalinan. Jumlah kematian maternal yaitu 16 kasus (9,8%), yang terdiri dari 5 kasus (31,25%) preeklampsia berat dan 11 kasus (56,25%) eklampsia (Sihwiya, 2003).

Pada preeklampsia berat dan eklampsia dijumpai perburukan patologi fungsi sejumlah organ dan sistem akibat vasospasme dan iskemia (Cunningham, 2006). Kerusakan endotel yang menyeluruh pada tubuh penderita preeklampsia akan menyebabkan banyak perubahan, disfungsi sistem, dan kegagalan pada sistem tubuh. Salah satu perubahan pada preeklampsia adalah perubahan hematologi yang diidentifikasi dengan adanya penurunan volume plasma. Volume plasma pada preeklampsia akan menurun 30%-40% dibandingkan dengan kehamilan normal. Penurunan plasma akan menyebabkan terjadinya peningkatan hemokonsentrasi, setelah itu terjadilah peningkatan viskositas darah yang dapat diidentifikasi dengan kenaikan kadar hemoglobin dan hematokrit (Rambulangi, 2003). Chang *et al* (1995) pada penelitiannya menemukan bahwa peningkatan kadar hematokrit lebih dari 44% mengindikasikan kondisi hemokonsentrasi dengan penurunan perfusi plasenta pada pasien preeklampsia berat, dimana kadar hematokrit ini berguna sebagai prediktor keluaran perinatal yang buruk.

Peningkatan kadar hemoglobin dan hematokrit disertai adanya spasms arteriola spiralis desidua akan mengakibatkan menurunnya aliran darah ke plasenta yang akan mengakibatkan gangguan fungsi plasenta. Pada hipertensi yang lama, pertumbuhan janin dapat terganggu sedangkan pada hipertensi yang lebih pendek bisa terjadi gawat janin sampai kematiannya karena kekurangan oksigen (Wiknjosastro *et al*, 2007). Pertumbuhan janin yang terganggu tersebut dapat berupa persalinan prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat (IUGR), dimana keduanya merupakan ciri bentuk bayi dengan berat badan lahir rendah (Wiknjosastro *et al*, 2007).

Berdasarkan pentingnya pencegahan terhadap IUGR yang kelak dapat mempengaruhi kualitas sumber daya manusia dan kaitan preeklampsia berat dengan IUGR ditinjau dari segi peningkatan kadar hematokrit ibu preeklampsia berat, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan

judul “Hubungan Peningkatan Kadar Hematokrit dengan Angka Kejadian Bayi *Intrauterine Growth Restriction (IUGR)* pada Preeklampsia Berat”.

B. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara peningkatan kadar hematokrit dengan angka kejadian bayi IUGR pada preeklampsia berat?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan peningkatan kadar hematokrit dengan angka kejadian bayi *Intrauterine Growth Restriction (IUGR)* pada preeklampsia berat.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui jumlah kasus IUGR pada pasien preeklampsia berat di RSUD Dr. Moewardi periode 1 Mei 2007-1 Mei 2011.
- b. Untuk mengetahui peningkatan kadar hematokrit pada preeklampsia berat.
- c. Untuk menganalisis hubungan antara peningkatan kadar hematokrit dengan angka kejadian bayi *Intrauterine Growth Restriction (IUGR)* pada preeklampsia berat.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

- a. Menghasilkan informasi yang bermanfaat bagi ilmu pengetahuan dalam bidang kedokteran terapan.
- b. Penelitian ini dapat menjadi masukan untuk penelitian selanjutnya.

2. Manfaat praktis

- a. Meningkatkan pelayanan kesehatan dalam mencegah atau memperkecil potensi terjadinya IUGR pada preeklampsia berat.
- b. Untuk tenaga medis, dapat melaksanakan deteksi dini terjadinya IUGR pada preeklampsia berat dan memberikan pelayanan medis

yang tepat sebagai upaya pencegahan terjadinya IUGR pada ibu preeklampsia berat.

- c. Bagi rumah sakit, dapat memberikan pelayanan optimal di dalam ruang lingkup pelayanan maternal dan perinatal.
- d. Bagi pemerintah, penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan yang bermanfaat dalam rangka menurunkan angka kejadian preeklampsia dan IUGR pada preeklampsia berat di suatu negara.